

Spanish

For FIELD-BASED SERVICES ONLY
Los Angeles County - Department of Mental Health

Family Survey
(0 - 17 Years Old)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos, contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciará en los servicios que usted recibe actualmente o en el futuro. Por favor rellene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.

EJEMPLO: ● Correcto ⊗ ⊙ ○ Incorrecto

		Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1	Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuando el / ella tenía una preocupación.	○	○	○	○	○	○
2	La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	○	○	○	○	○	○
3	Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	○	○	○	○	○	○
4	El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	○	○	○	○	○	○
5	Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	○	○	○	○	○	○
6	A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
7	En caso de una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	○	○	○	○	○	○

Fecha de Nacimiento							
Month		Date		Year			
				1	9		

¿Cuál es su raza?			
(Por favor marque todas las respuestas que apliquen.)			
○	Indio Americano / Nativo de Alaska	○	Nativo de Hawai / De otras Islas del Pacífico
○	Asiático	○	Anglosajón / Blanco
○	Afro-Americano / Negro	○	Otro
		○	No sé

¿Cuál es su sexo?	
○	Femenino
○	Masculino
○	Otro

¿Es usted de origen Mexicano/Hispano/Latino?	
○	Sí
○	No
○	No sé

FOR OFFICE USE ONLY

Client MIS/IS Number						

Clinic IS Number			

Service Area

Reason	
○	REFUSED
○	IMPAIRED
○	LANG
○	OTHER

MAY 2009

A SP